



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON
EL ÍNDICE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR
INVENTORY HU-DBI EN EL ÁREA DE CIENCIAS TÉCNICAS, 2016 DE
LA UNIVERSIDAD DE CUENCA.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO.**

AUTORAS: NATHALY FERNANDA PARRA SOLANO.
MARÍA GABRIELA SAQUICELA PULLA.

DIRECTOR: DR. MILTON FABRICIO LA FEBRE CARRASCO.

**CUENCA – ECUADOR
2016**

Resumen

La buena higiene oral es clave para una buena salud general y es fundamental en la mejora de la calidad de vida. Los estudiantes universitarios son un grupo de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a intervenir en el desarrollo de estilos de vida que influirán en generaciones posteriores.

Se demostró el nivel de conocimientos actitudes y prácticas de salud oral en los estudiantes del área de Ciencias Técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI). Las carreras evaluadas fueron Arquitectura, Ingeniería Civil, Electrónica, Eléctrica y Sistemas. Se obtuvo como resultado del índice HU-DBI una media de 6.6, lo cual indicó que el conocimiento de salud oral de los estudiantes fue regular. Se encontró que los estudiantes de Arquitectura se preocupan más sobre su higiene oral, al obtener una media de 6.74 siendo el mayor puntaje del test, mientras que los estudiantes de Sistemas obtuvieron una media de 6.44, siendo el valor más bajo de todas las carreras evaluadas. Se encontraron diferencias en la formación, experiencia y educación de los estudiantes, en cuanto a la salud oral entre las diferentes carreras.

Objetivos: Conocer y analizar el índice HU- DBI en el área de Ciencias Técnicas, en el periodo 2016 de la Universidad de Cuenca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, en donde los datos fueron obtenidos mediante encuestas aplicando el Índice HU-DBI. La información adquirida se tabuló y analizó con el programa estadístico SPSS versión 15.

Palabras Clave: Actitudes, Conductas, Salud Oral, HU-DBI, Área de Ciencias Técnicas

Abstract

A good oral hygiene is key for complete general health and play an important roll in improvement for a better quality of life. College students are an important group, therefore the impact in future generations and their lifestyles depends on their conduct.

It was demonstrated that the level of knowledge, attitudes and practice of oral health of the students of Technical Science, 2016 of the University of Cuenca with the Hiroshima Universal dental behavior inventory Index (HU-DBI). The evaluated careers were Architecture, civil engineering, electronic, electric and systems. We obtained as a result of HU-DBI index an average of 6.6, which showed us that the knowledge of dental hygiene of the students was regular. We found that the students of Architecture take better care of their dental hygiene, they got an average of 6.74 being the highest number of the test, on the other side the students of systems engineering obtained an average of 6.44, being the lowest number of all the careers evaluated. What was found reflected the difference of the formation, the experience and education of the students, related to dental hygiene of different careers.

Objectives: To know and analyze the HU-DBI index in the area of Technical science, period 2016 of the university of Cuenca.

Materials and Methods: We made a descriptive study. The results are analyzed, with the data obtained from interviews applying the HU-DBI index. The information acquired is tabulated and analyzed with SPSS version 15.

Key Words: Attitudes, Behaviors, Oral Health, HU-DBI, Technical Science.



Nathaly Fernanda Parra Solano, autora de la tesis **"Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory HU-DBI en el área de ciencias técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Odontóloga. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 14 de octubre de 2016.

Nathaly Fernanda Parra Solano.

C.I: 0105729206



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Maria Gabriela Saquicela Pulla, autora de la tesis **"Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory HU-DBI en el área de ciencias técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Odontóloga. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 14 de octubre de 2016.

Maria Gabriela Saquicela Pulla.

C.I: 0104287636



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Nathaly Fernanda Parra Solano, autora de la tesis **"Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory HU-DBI en el área de ciencias técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autora.

Cuenca, 14 de octubre de 2016.

Nathaly Fernanda Parra Solano.

C.I: 0105729206



María Gabriela Saquicela Pulla, autora de la tesis **“Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory HU-DBI en el área de ciencias técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de octubre de 2016.

María Gabriela Saquicela Pulla.

C.I: 0104287636

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios quién ha sido mi fortaleza durante todo este camino, y me ha dado las fuerzas necesarias para continuar hasta el final. A mis padres que con sus consejos han hecho de mí una persona con valores y principios y a todas las personas que de algún modo me han ayudado a concluir con éxito y de buena manera mis estudios.

NATHALY FERNANDA PARRA S.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por las bendiciones recibidas, por los momentos buenos y malos, a mis padres que me han dado todo su esfuerzo, apoyo y confianza para lograr culminar esta etapa de mi vida. A mis hermanos que gracias a su ejemplo han sido un motor fundamental en mi vida. A mi familia en general, a mi enamorado, amigos y conocidos que han contribuido de la mejor manera, siendo un apoyo muy importante en mi carrera.

NATHALY FERNANDA PARRA S.

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico al dueño de la vida Dios que me ha llenado de fortaleza en todo este camino, a mis padres ya que gracias a ellos soy lo que soy, a mi hermano Juan quien ha sido siempre mi ejemplo a seguir, a mi esposo que con su amor y apoyo incondicional me ha acompañado en todo momento y especialmente a mi hijo quien ha estado cuidándome y protegiéndome desde el cielo.

MARÍA GABRIELA SAQUICELA P.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios quien me ha permitido alcanzar esta meta, a mi madre Katy por ser una mujer maravillosa por sus noches de desvelo junto a mí, por impulsarme día a día con su amor y su apoyo, agradezco también a mi padre Marco que ha sacrificado su vida por mi bienestar que aunque la distancia nos separe lo llevo siempre en mi corazón, a mi familia que me han apoyado y han sido parte fundamental de mi vida.

MARÍA GABRIELA SAQUICELA P.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer de manera muy especial a nuestro tutor de tesis el Doctor Fabricio Lafebre por su esfuerzo empeño y dedicación. Por compartirnos sus conocimientos y experiencias en el ámbito profesional además de inculcarnos e incentivarnos hacia la investigación para que así nosotras podamos tener un amplio conocimiento y formación como investigadoras. De igual manera por su insistencia, perseverancia y paciencia lo cual ha sido de mucha importancia para nosotras ya que así hemos obtenido un trabajo eficaz.

También agradecemos a nuestros docentes que con su tiempo y enseñanza nos han permitido llegar a ser profesionales y a su vez tener una proyección amplia para nuestro futuro impartiéndonos sus conocimientos y experiencias en el transcurso de toda nuestra vida universitaria.

NATHALY FERNANDA PARRA S. Y MARÍA GABRIELA SAQUICELA P.

Contenido

INTRODUCCIÓN	17
CAPITULO I.....	19
Planteamiento del problema	19
Justificación	20
CAPITULO II.....	21
Marco Teórico	21
CAPITULO III.....	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	32
CAPITULO IV	32
DISEÑO METODOLÓGICO	32
Materiales y Métodos.....	32
Tipo de Estudio.....	33
Universo y Muestra.....	33
Unidad de Análisis y Observación:	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	34
Variables	34
Métodos, Técnicas e Instrumentos	34
Aplicación del cuestionario	35
Tabulación.....	35
Consideraciones éticas.....	35
Análisis de datos	36
Caracterización de la muestra.	36
CAPITULO V	37
RESULTADOS.....	37
CAPITULO VI	58
DISCUSIÓN	59
CAPITULO VII	65

CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS	72

Contenido de Tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de los estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca 2016.	38
Tabla 2. Descripción de la muestra - Datos Estudiantiles	39
Tabla 3. Descriptivos de los índices (años de estudio, procedencia, sexo, edad y carrera)	45
Tabla 4. Estadísticos descriptivos (raza).....	46
Tabla 5. Conocimientos, Prácticas y actitudes (Carrera)	50
Tabla 6. Conocimientos, prácticas y actitudes (Años de estudio).....	52
Tabla 7. Conocimientos, prácticas y actitudes (Rangos de edad)	54
Tabla 8. Conocimientos, prácticas y actitudes (Sexo)	56
Tabla 9. Conocimientos, prácticas y actitudes (Procedencia)	58

Contenido de Gráficos

Gráfico 1. Distribución por carrera de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016	40
Gráfico 2. Distribución por año cursado de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016.....	41
Gráfico 3. Distribución por sexo de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016	42
Gráfico 4. Niveles del Índice HU- DBI (general y grupos de estudio).	43
Gráfico 5. Descriptivos de los índices según la carrera.....	47
Gráfico 6. Descriptivos de los índices según la edad.	48

INTRODUCCIÓN

Una buena higiene oral es de vital importancia para una buena salud y esto a su vez mejora de la calidad de vida. La actitud de las personas en el cuidado de su cavidad oral, así como la actitud del odontólogo que proporciona medidas para el cuidado dental, son factores muy importantes para determinar si la condición de la salud oral es favorable o desfavorable. (1) Para esto el odontólogo debe motivar a la población para obtener una mejor salud oral ya que si las personas son incentivadas obtendrán buenos hábitos y los pondrán en práctica por ellos mismos. (2)

La práctica de auto-cuidado oral es una medida preventiva eficaz para mantener una buena salud oral individual, y esto a su vez es una parte integral de la salud general de cada persona. (3) Por lo tanto, la adquisición de conocimientos, hábitos y actitudes con respecto a la salud oral y la prevención de patologías orales son muy importantes durante el período de formación integral de las y los estudiantes universitarios. Aunque el conocimiento de la salud oral no se refiere solamente a un buen comportamiento de la salud, las personas que han adquirido este conocimiento y tienen un control sobre la misma son más propensas a adoptar medidas de autocuidado. (4) Tanto hombres como mujeres tienen diferentes comportamientos en aspectos fisiológicos y psicológicos, y debido a esto el cuidado en su salud oral es diferente. (5)

El Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory H.U-DBI fue originalmente formulado por Kawamura (1988) (6) El HU-DBI es un test con buena fiabilidad y por lo tanto no sólo es útil para la comprensión de los pacientes sino también para la predicción de los resultados siendo traducido a múltiples idiomas, (7) éste índice ha sido utilizado para estudios de todo el mundo con el objetivo de evaluar las actitudes en la salud oral. (8) (2) El HU- DBI se compone de 20 preguntas con opciones

de respuesta: de acuerdo y desacuerdo demostrando una buena fiabilidad (9).

En nuestro trabajo de investigación se determinó el nivel de conductas y actitudes de los estudiantes del área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca 2016 para ello se aplicó el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI), aceptado y validado internacionalmente.

CAPITULO I

Planteamiento del problema

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Dentro de las patologías estomatológicas más prevalentes tenemos la caries y la enfermedad periodontal siendo estas consideradas un problema de salud pública, ya que afecta entre el 95 al 99% de la población mundial. (10)

En la actualidad, la distribución y severidad de las enfermedades antes mencionadas varía de una región a otra y su aparición está asociada con factores socioculturales, económicos, ambientales y del comportamiento. (11) Tanto la caries dental como la enfermedad periodontal se presentan con frecuencia en los jóvenes y adultos, el porcentaje de individuos con periodontitis moderada o severa se incrementa con la edad. (12)

El conocimiento de la salud oral se considera un requisito previo esencial para el comportamiento del paciente, estudios han demostrado que existe una asociación entre un mayor conocimiento y una mejor salud oral. (4)

Los estudiantes de formación profesional tienen escasa información sobre la salud oral, la falta de conocimiento sobre las actitudes y conductas que se debe tener para evitar enfermedades orales se convierta en un problema que aumenta la prevalencia de estas enfermedades en la población.

¿Cuál es el nivel de actitudes y conductas en salud oral de los estudiantes, del área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca, durante el periodo Marzo-Julio 2016 según el índice HU-DBI?

Justificación

La formación de los estudiantes dentro del área de Ciencias Técnicas no se basa en información o entrenamiento de técnicas y destrezas odontológicas, por lo que es obvio pensar en el poco conocimiento sobre las mismas y por ende una conducta y destreza menor ante la conservación de la salud bucal. Se ha detectado en este estudio que los estudiantes de Ciencias Técnicas no tienen conocimientos suficientes como para preservar la salud oral, se obtuvieron resultados deficientes en el cuestionario Hiroshima University Dental Behavior Inventory. Debido a este problema es indispensable implementar programas de salud oral para estudiantes de toda la Universidad de Cuenca, y realizar campañas para enfatizar a los alumnos visitar la clínica odontológica con la que cuenta la Universidad en la que estudian.

El conocimiento de este tema ayudará a los estudiantes a preocuparse por preservar su salud oral, y no tomarlo como algo sin importancia, incentivándolos a visitar al profesional en odontología no solo cuando se presenta un dolor dental sino las veces que sean necesarias para controlar la aparición de la enfermedad. Esto también beneficiará a la promoción de la clínica odontológica con la que cuenta la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, a la cual muchos de los estudiantes de otras facultades de la universidad no acuden por falta de información de cómo acceder a la misma, así como también estos mismos estudiantes podrán difundir sus conocimientos a familiares y grupo social que los rodea para lograr un cambio en sus actitudes y conductas en salud oral.

CAPITULO II

Marco Teórico

Según la OMS la Salud Bucal se define como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes. (11) También menciona que las enfermedades orales son la cuarta causa más costosa de tratar a nivel mundial, éstas se encuentran entre las enfermedades de mayor demanda de atención en los servicios de salud. (12)

La Odontología se ha centrado en la progresión de la enfermedad y sus síntomas o la historia de un paciente, más que en el mantenimiento de su salud oral. (13) El conservar la salud oral recae en el individuo, o sus representantes, esto debe lograrse a través del auto-cuidado y debe ser apoyado por la política de salud pública, la educación, la supervisión profesional en odontología y las intervenciones terapéuticas cuando sea necesario. (14)

Las patologías orales han aumentado en todo el mundo, debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, como las dietas ricas en azúcares, y el aumento del consumo de alcohol y tabaco. Las enfermedades orales están relacionadas con estos estilos de vida y son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, siendo la mayor carga en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. (12)

En la actualidad, las enfermedades orales constituyen un problema importante de salud a nivel mundial y nacional, que contribuyen con una

alta carga de enfermedad y por tanto con un peso importante en relación a la calidad de vida general de los individuos. El concepto de calidad de vida relacionado a salud oral que se ha acuñado en los últimos años requiere considerar para su evaluación, no sólo factores tales como el malestar, dolor o alteraciones de la función, sino también debe incluir aspectos emocionales y funciones sociales asociadas a la salud oral. (12)

Es indispensable que la población conozca: 1) El propósito de la prevención de enfermedades dentales. 2) Las patologías bucales más frecuentes. 3) Las técnicas comunes de identificación y remoción de placa dentobacteriana. (15)

La literatura muestra que los estilos saludables de alimentación están cada vez más presentes en el mundo de hoy, tener conocimiento de ello guarda íntima relación con la promoción de salud bucal y general del individuo. Si se es capaz de motivar a la población, se logrará una mejor calidad de vida, el profesional dentista debe ser consciente de la responsabilidad de educar a sus pacientes para lograr salud bucal, y a su vez estos representen un agente multiplicador sobre la misma en el entorno en que vive. (16)

La prevención de enfermedades bucales debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos, modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable. (17)

La misión de los profesionales en la salud oral es incentivar en los pacientes hábitos orales correctos para lograr prevenir las enfermedades bucales. En primera instancia se debe establecer un hábito, proporcionando conocimientos relevantes para los pacientes y de esta manera mejorar prevenir las enfermedades orales. (18)

Según la OMS la caries y la enfermedad periodontal son consideradas un problema de salud pública, ya que afecta entre el 95 al 99% de la población mundial. Otros estudios mencionan que la prevalencia de caries dental afecta al 99 % de la población mundial. (10)

“La caries dental es una enfermedad de origen multifactorial en la que existe interacción de tres factores principales: el huésped (higiene bucal, la saliva y los dientes), la microflora (infecciones bacterianas) y el sustrato (dieta cariogénica). Además de estos factores, deberá tenerse en cuenta uno más, el tiempo. Para que se forme una caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo”. (19)

Dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, se encuentran las enfermedades periodontales inflamatorias, las mismas que comprenden, desde una discreta inflamación gingival (gingivitis) hasta la periodontitis que es una enfermedad crónica que puede cursar con gingivitis inicial, para luego continuar con pérdida de inserción colágena, recesión gingival e incluso pérdida de hueso, dando como resultado alteraciones en el periodonto. (14) (20)

La enfermedad periodontal en adultos es primera causa de pérdida dental, mientras que en niños y adolescentes la pérdida de dientes es

debido a la caries, siendo así estas dos las principales causas de morbilidad y mortalidad dental. (14) *Aggregatibacter* (*Actinobacillus*) *actinomycetemcomitans*, parte de la flora normal de la boca, se encuentran con frecuencia en la enfermedad periodontal y es un importante patógeno que causa diversas infecciones invasivas, endocarditis infecciosa en particular. (21)

La patogénesis de la enfermedad periodontal es debido a la combinación de factores extrínsecos, que incluyen bacterias, y los mecanismos de defensa del huésped, estos son los responsables del inicio y desarrollo de la enfermedad periodontal crónica. (13)

El primer paso para que se produzca la caries, es la adhesión de las bacterias a la superficie del diente. Esta adhesión está mediada por la interacción entre proteínas del microorganismo y algunas de la saliva que son adsorbidas por el esmalte dental. Para la colonización bacteriana, es imprescindible la formación previa de una fina película de proteínas salivales sobre la superficie del diente: la película adquirida. (19)

Estudios recientes indican que la unión de las bacterias a la película adquirida entre sí, se da mediante la acción de moléculas de naturaleza proteica en la superficie de las bacterias, denominadas adhesinas, que se unen a las proteínas salivales las cuales actúan como receptores y facilitan la adherencia bacteriana. (19) De igual forma la película adquirida es capaz de provocar inflamación en los tejidos periodontales y si ésta no se elimina, se acumula y puede llegar a afectar al hueso alveolar de soporte seguida por la pérdida de las piezas dentales. En la actualidad se dice que la placa con su componente microbiológico es el factor etiológico primario de la enfermedad periodontal. (22) Si bien la enfermedad periodontal es multifactorial, ésta no se produce en ausencia de la placa

bacteriana ya que la eliminación de la misma conduce a la desaparición de los signos y síntomas. (23)

La placa bacteriana es un conjunto de bacterias inmersas en un medio líquido, unidas a una superficie. La placa dental puede ser clasificada de acuerdo a su localización en supragingival y subgingival, por su potencia patógena como cariogénica y periodontopatogénica y por sus propiedades en adherentes o no adherentes. Ésta placa, al eliminarse mediante instrumentación mecánica se vuelve a formar en minutos. El pH de la cavidad bucal y el de la placa dentobacteriana están relacionados con la capacidad amortiguadora de la saliva, tales como: bicarbonatos, fosfatos, amoníaco y proteínas, entre otros. (24)

El cálculo dental es el depósito de sales calcio y fósforo con el acúmulo de minerales tales como hidroxiapatita, sílice y witlockita, entre otros componentes en superficies de los dientes de difícil acceso que se adhiere a sus superficies. Está formado por una matriz orgánica, constituida por proteínas salivales absorbidas del medio oral, formando así la película adquirida, conjuntamente con la adherencia de varias especies de microorganismos nativos de la boca, donde se produce fenómenos de congregación bacteriana. El tiempo necesario para la formación de cálculo supragingival es aproximadamente dos semanas. La primera evidencia de calcificación puede ocurrir a los pocos días, y la formación del cálculo maduro requiere meses o años. (25)

La halitosis es común, la causa más probable de mal olor oral es la acumulación de restos de alimentos y la placa bacteriana dental en los dientes y la lengua, como resultado de una mala higiene oral y gingival. Es causada por interacciones bacterianas que ocurren con mayor frecuencia cuando existen bolsas periodontales. (17)

Para lograr una buena salud dental y periodontal debe haber un buen control de la placa bacteriana, la cual consiste en la eliminación regular y en la prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes, por lo que se recomienda que las personas deben adoptar prácticas adecuadas para el control de la placa. (26)

Para facilitar el control de placa bacteriana, se han aplicado sustancias reveladoras sobre las superficies de los dientes. Una vez visualizada la placa, se mide a través de indicadores diseñados especialmente para detectarla. Entre estos indicadores tenemos al índice de placa de O'leary que tiene en cuenta todas las superficies de los dientes excepto las superficies oclusales e incisales, el índice de detritus del Índice Simplificado de Higiene Oral de Greene & Vermillion, el índice de placa de Silness & Løe que evalúa todas las caras de los dientes excepto las caras incisales. (26)

La evaluación clínica permite identificar la fuente de la halitosis en cavidad bucal, o de origen sistémico o del consumo de alimentos; sin embargo el autodiagnóstico es difícil, muchas veces las personas no están conscientes de su halitosis; además hay un fenómeno de adaptación, el epitelio olfatorio se agota rápidamente y se acostumbra al olor. (27)

Un paciente puede controlar la placa bacteriana por dos métodos: mecánico y químico, acompañado del uso de fluoruros tópicos se establece como la base en el mantenimiento de una dentadura sana, al hablar del control mecánico se logra al cepillar los dientes generando fricción sobre los mismos, y complementado con el uso del hilo dental o cepillo interdental, esto requiere una acción diaria metódica del paciente y tiempo para realizar una correcta técnica. Un cepillado diario promedio de aproximadamente dos minutos de duración removerá sólo la mitad de la placa, quedando la otra mitad regenerándose rápidamente. (28) Un

segundo método es el control químico de la placa bacteriana, mediante el uso de antimicrobianos como los enjuagues bucales que se utilizan como complemento junto con el control mecánico en los pacientes sanos, mientras que en pacientes hospitalizados o pacientes especiales se lo utiliza como método principal para el control de la placa dental. (28)

Se recomienda el cepillado dental con una pasta dental que contenga flúor mínimo dos veces por día como el patrón básico de higiene dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal, como la seda dental o los cepillos interproximales, o el uso de colutorios antisépticos o fluorados. (29)

En la actualidad existe evidencia limitada de que los cepillos de cerdas no paralelas son más eficaces que los convencionales, así como los cepillos de cabezal doble o triple mejoran la higiene por lingual. (13) Sin embargo la literatura menciona que es necesario realizar el cepillado dental con una técnica correcta que depende de los movimientos que se realicen. Si se realiza un cepillado mínimo dos veces al día con pasta dental con flúor, ayudará a la prevención y el control de la caries dental y enfermedades periodontales. Este comportamiento es esencial en la rutina de higiene diaria de muchas personas. (30) De acuerdo con un estudio realizado por Yazdani, la limpieza bucal y el cepillado de los dientes en los adultos jóvenes en Irán estaban en niveles bajos según el índice HU-DBI. Por lo que hubo la necesidad de cepillarse los dientes dos veces al día y así mejorar su salud oral. (30)

La OMS mencionó que algunos factores como el comportamiento y hábitos afectan la prevalencia de las enfermedades dentales. Una mayor prevalencia de trastornos orales se consideró en los grupos socioeconómicos más bajos. Eso puede ser debido a un menor nivel de estudios, la idea inicial acerca de la salud oral y la importancia de los

trastornos orales, falta de acceso a las instalaciones preventiva y curativa. (31)

Un estilo de vida saludable se asoció con mejores hábitos de higiene oral y visitas dentales más frecuentes, se demuestra que el comportamiento de la salud oral y general debe considerarse conjuntamente en programas de estilo de vida de promoción de la salud y en primer lugar, los grupos de nivel socioeconómico más bajo debe ser considerado. (30)

Variables tales como el grado de motivación y conocimientos sobre salud oral del individuo, el tiempo y presión utilizados al cepillarse, la habilidad manual, y las características anatómicas individuales son más importantes que el diseño del cepillo o la técnica de cepillado para determinar la eficacia del cepillado. (14)

El modelo de atención de estomatología, tiene como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, con la óptima utilización de los recursos disponibles y con la participación activa de las comunidades organizadas, en actividades orientadas hacia la promoción de salud y prevención de enfermedades. Para lograr una longevidad satisfactoria y saludable, se debe desarrollar programas de cuidado de salud bucal desde edades tempranas. (32)

Los proyectos de intervención en promoción de salud y prevención de enfermedades benefician al individuo, la familia y la comunidad, logrando incentivar para el cuidado de su salud, desarrollando el auto cuidado, con el propósito de ganarle tiempo a la enfermedad. (32)

Tanto la salud bucal como la enfermedad bucal son resultantes de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica en carbohidratos o carente en lo mismo, fluoruros, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud y asistencia sistemática a los servicios, entre otros. Según aumenta la edad del adolescente, su responsabilidad es superior, por lo cual resulta importante trabajar en estas áreas para lograr adultos responsables con su higiene bucal. (33)

Los programas educativos de higiene oral sólo mantienen los cambios de conducta a largo plazo mediante el refuerzo continuado y las técnicas de motivación. (14) A pesar de que la mayoría de la población estudiantil conoce la importancia de la higiene bucal, se carece de argumentos que le permitan mantenerla con resultados satisfactorios. En efecto, la salud constituye un fenómeno dinámico que se relaciona con las diferentes etapas de la vida. (34)

Los jóvenes no asisten a la consulta odontológica voluntariamente, ni tienen responsabilidad con su salud bucal; asimismo, cuando se realizan acciones preventivas curativas en las escuelas se observa un comportamiento negativo por parte de los mismos, sin brindarle la importancia requerida a dicha actividad.(34) Por estas razones se los debe orientar a través de programas educativos continuos, para crear actitudes de respeto y responsabilidad hacia su salud bucodental, y así incidir directamente en la disminución de la morbilidad dentaria. Estudios realizados evidencian la elevación del conocimiento acerca de la salud bucal mediante el juego como instrumento de trabajo educativo. (34)

El éxito de los programas educativos depende de: su instauración precoz, participación de padres y educadores, factores socio-ambientales, refuerzo positivo y control profesional periódico. Los medios de comunicación pueden mejorar los conocimientos de la población pero no consiguen cambios de hábitos o comportamientos. (14)

Uno de los test con mayor estándar a nivel internacional y considerado como el mejor instrumento para lograr predecir y entender las conductas y actitudes de salud oral de los pacientes, es el cuestionario de la Universidad de Hiroshima (Hiroshima University Dental Behavior Inventory). Este instrumento de HU-DBI fue desarrollado por Kawamura, consiste en veinte respuestas dicotómicas (de acuerdo y en desacuerdo) que sirven para examinar las actitudes de salud oral y conductas de cepillado en pacientes. (9) El HU-DBI es un test con buena fiabilidad y por lo tanto no sólo es útil para la comprensión de los pacientes sino también para la predicción de los resultados siendo traducido a varios idiomas del japonés al Inglés, finlandés, chino y coreano para las comparaciones transculturales, (7) también el HU-DBI ha sido validado en el idioma español. (9)

Se han realizado varios estudios aplicando este cuestionario para investigar en los estudiantes de odontología las actitudes y conductas frente a salud oral en Sudamérica. (9) (35) También se ha podido observar diferencia entre estudiantes de diversas carreras universitarias, obteniendo así que los estudiantes de odontología tienen un mejor índice HU-DBI en comparación con estudiantes de la carrera de ingeniería civil, según cita en su estudio *Jaramillo y colaboradores, Colombia, 2013*. (9)

El índice HU-DBI es un instrumento útil para la comprensión de las percepciones de los pacientes y su comportamiento en salud oral. Ha sido

utilizado para evaluar las diferencias en los comportamientos de salud bucal entre estudiantes de odontología de diferentes países debido a las diferencias curriculares de las escuelas dentales, también ha sido utilizado para evaluar la variedad de comportamientos y actitudes entre las diferentes culturas, al igual que se ha realizado estudios sobre las diferencias de comportamientos de salud oral entre géneros. (36)

CAPITULO III

Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral con el índice H.U-DBI en el área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca.

Objetivos específicos

- Identificar conocimiento actitudes y prácticas de salud oral con el índice HU- DBI.
- Comparar los niveles de conocimiento entre los diferentes años de estudio.
- Identificar conocimiento actitudes y prácticas de salud oral con el índice HU- DBI según su procedencia.
- Identificar conocimiento actitudes y prácticas de salud oral con el índice HU- DBI según la carrera.
- Identificar conocimiento actitudes y prácticas de salud oral con el índice HU- DBI según el sexo.
- Identificar conocimiento actitudes y prácticas de salud oral con el índice HU- DBI según la raza.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo con los alumnos del área de Ciencias Técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca. Se analizó los resultados, en donde los datos fueron obtenidos mediante encuestas aplicando el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory HU-DBI. La

información adquirida se tabuló y analizó con el programa estadístico SPSS versión 15.

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo.

Universo y Muestra

Se realizó encuestas a todos los estudiantes matriculados en el período marzo - julio 2016 en el área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca conformado por Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Civil, Ingeniería en Sistemas y Arquitectura. El número de estudiantes matriculados en ésta área fue de 1894 de las cuales 1853 encuestas fueron realizadas en esta área, quienes aceptaron, y realizaron el test HU-DBI de manera correcta.

Unidad de Análisis y Observación:

Estudiantes de Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Civil, Ingeniería en Sistemas y Arquitectura de la Universidad de Cuenca, en el periodo marzo – julio 2016.

Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados de primero a quinto año en las diferentes escuelas en el área de Ciencias Técnicas, durante el periodo marzo - julio del 2016 de la Universidad de Cuenca.
- Estudiantes que firmen el consentimiento informado.
- Estudiantes que quieran participar libre y voluntariamente en el llenado de la encuesta con el test HU-DBI.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no llenen el cuestionario completamente.

Variables

Edad, sexo, raza, procedencia, año de estudio, y carrera a la que pertenece, nivel de actitud y conducta sobre salud oral, índice HU-DBI.

Métodos, Técnicas e Instrumentos

Se aplicó un test Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI), aceptado mundialmente para la evaluación de actitudes y conductas en estudiantes de Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Electrónica, Ingeniería Civil, Ingeniería en Sistemas y Arquitectura de la Universidad de Cuenca, en el periodo marzo – julio 2016. El cual consta de veinte preguntas que valora las actitudes y conductas, con dos opciones de respuesta: de acuerdo / desacuerdo. El máximo nivel de puntaje es 12, y se valora bueno de 8-12, regular de 4-7, malo de 0-3, las preguntas con respuesta sí son la 4, 9, 11, 12, 16,19 que si responden como acuerdo se asigna un

punto, y las preguntas con respuesta no son la 2, 6, 8, 10,14, 15 que si se responden en como desacuerdo se asigna 1 punto, la suma de acuerdos y desacuerdos da el nivel del índice. (9)

Aplicación del cuestionario

El test fue realizado con una previa explicación del objetivo y fines del trabajo de investigación a los estudiantes del área de Ciencias Técnicas, el tiempo que tuvieron fue de 15 minutos de manera que respondieron con tranquilidad cada pregunta. Una vez obtenidas todas las encuestas, se realizó una base de datos, la misma que se verificó que esté libre de errores.

Tabulación

La tabulación fue realizada por las autoras del proyecto, se ingresó los datos en base de los formularios de recolección de la información y se llenó en una hoja de Excel 2010, posteriormente se corrigieron los errores, luego se trasladó esta base de datos al programa SPSS versión 15, en donde se realizó el análisis estadístico.

Consideraciones éticas

Este trabajo se sometió a la aprobación del Decano y al Director de Escuela de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura de la Universidad de Cuenca. Se explicó el objetivo del estudio a los estudiantes y se pidió su consentimiento para llenar la encuesta. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en este estudio.

Análisis de datos

El procesamiento de datos se lo realizó con la ayuda del software estadístico SPSS Statistic versión 15 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2016. Los resultados de los índices se expresan mediante medidas de tendencia central y dispersión, para observar las diferencias existentes de medias se utilizaron gráficos de líneas, se comprobó la ausencia de normalidad con la prueba Kolmogorov-Smirnof, $p = 0,000$ y se empleó la prueba no paramétrica U-Mann Whitney para comparar dos grupos y la prueba Kruskal Wallis para las variables de más de dos categorías. Además, para determinar la asociación de variables existente entre los grupos de estudio en cada ítem de conocimientos, prácticas y actitudes se utilizó el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson. Las decisiones se tomaron con una consideración del 0,05.

Para dividir a los grupos de edad se consideró el comportamiento de los datos. Los enunciados sobre conocimientos, prácticas y actitudes no fueron posibles comparar por raza y procedencia por el tamaño de los grupos, sin embargo, se describen a grandes rasgos los comportamientos de cada grupo.

Caracterización de la muestra.

El estudio se realizó con un total de 1853 estudiantes pertenecientes a dos Facultades de la Universidad de Cuenca, 690 (37,24%) participantes que forman parte de la Facultad de Arquitectura, y 1163 (62,76%) participantes que forman parte de la Facultad de Ingeniería.

CAPITULO V

RESULTADOS

Tabla Nº.1 Nivel de Actitudes y Conductas en salud Oral según las variables de los estudiantes del área de Ciencias Técnicas 2016 según Hiroshima University- Dental Behavior Inventory (HU-DBI)

Fueron los involucrados 1330 hombres (71,8%) y 523 mujeres (28,2%) de entre 17 y 34 años con una edad media de 20,5 años (DE= 1,82). El 92,9% (1721) procedían de sectores urbanos, y el 98,6% se consideraron

de raza mestiza. Además, el 98,2% de los encuestados mencionaron ser solteros. Tabla 1

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de los estudiantes de la Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca 2016.

Indicadores		n	%
Sexo	Hombres	1330	71,8
	Mujeres	523	28,2
Procedencia	Urbano	1721	92,9
	Rural	132	7,1
Cultura	Blanco	16	0,9
	Mestizo	1827	98,6
	Indígena	6	0,3
	Mulato	1	0,1

	Afrodescendiente	2	0,1
	Otro	1	0,1
Estado Civil	Sotero/a	1819	98,2
	Casado/a	34	1,8

Fuente: Formulario de datos.
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela.

Tabla Nº.2 Nivel de Actitudes y Conductas en salud Oral de estudiantes de primero a quinto año 2016 según Hiroshima University-Dental Behavior Inventory (HU-DBI)

Para el estudio, la carrera de Arquitectura representa la mayoría de estudiantes (37,2%) seguida por la carrera de Ingeniería Civil (26,6%), la carrera de ingeniería en sistemas fue la carrera con menos número de estudiantes, con el 10,6%. El 74,1% de los participantes pertenecía a los primeros años de estudio (primer y segundo año). Tabla 2

Tabla 2. Descripción de la muestra - Datos Estudiantiles

Indicadores		n	%
Carrera	Arquitectura	690	37,2
	Civil	493	26,6
	Eléctrica	223	12,1
	Electrónica y Telecomunicaciones	251	13,6
	Sistemas	196	10,6
Año	Primero	911	49,2
	Segundo	462	24,9
	Tercero	225	12,1
	Cuarto	179	9,7
	Quinto	76	4,1
Nivel de estudio	Primeros años (1° a 4° ciclo)	1373	74,1
	Últimos años (5° a 10° ciclo)	480	25,9

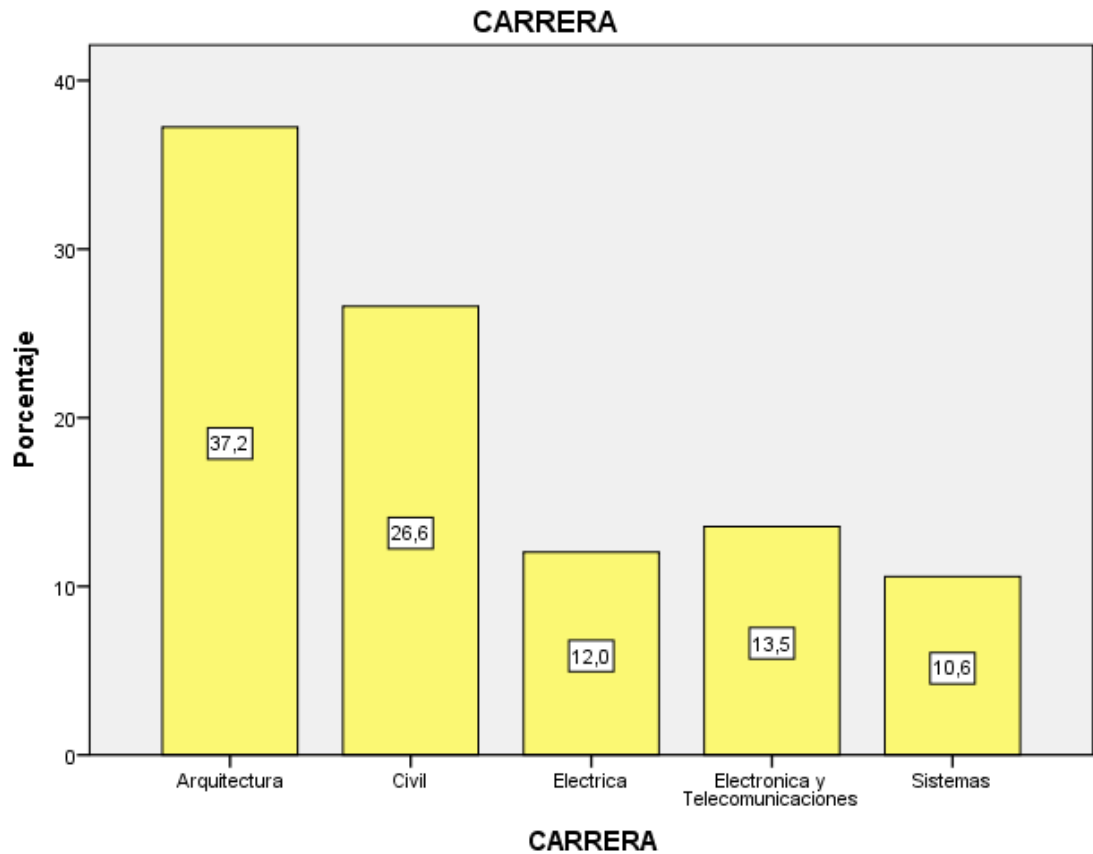
Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico N°1 Distribución por carrera de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016

En el gráfico N°1 se observa el porcentaje de encuestas realizadas de acuerdo al total de la muestra

Gráfico 1. Distribución por carrera de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016



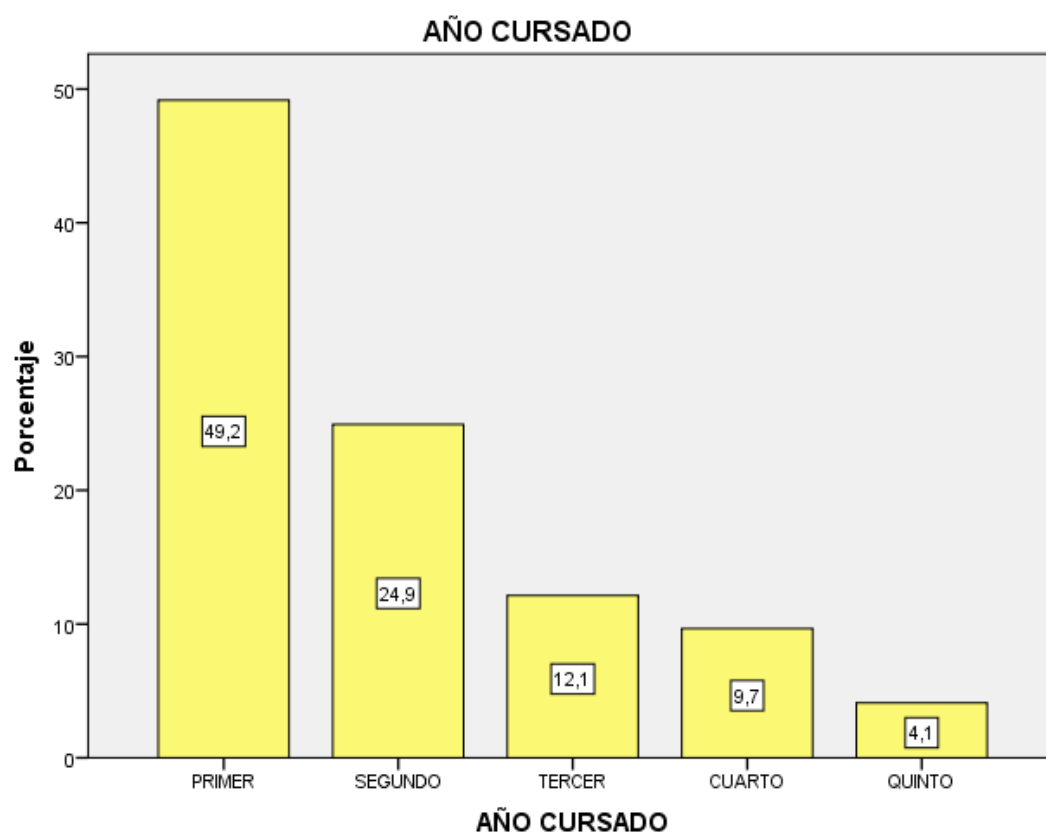
Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico N°2 Distribución por año cursado de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016

En el gráfico N°2 se observa el porcentaje de registros de acuerdo al año de estudio.

Gráfico 2. Distribución por año cursado de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016

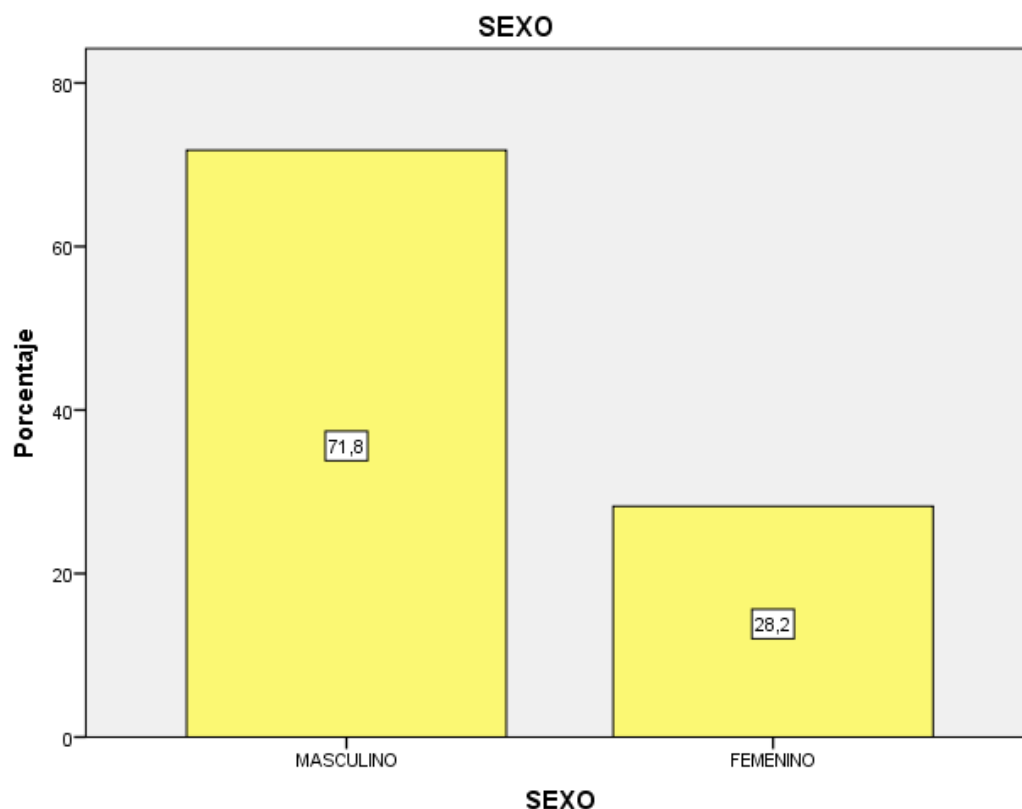


Fuente: Formulario de datos.
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico N°3 Distribución por sexo de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016

En este gráfico se puede observar que el 71.78% de la muestra pertenece al sexo masculino mientras que el sexo femenino apenas llega al 28.22%

Gráfico 3. Distribución por sexo de 1853 estudiantes del área Ciencias Técnicas año 2016

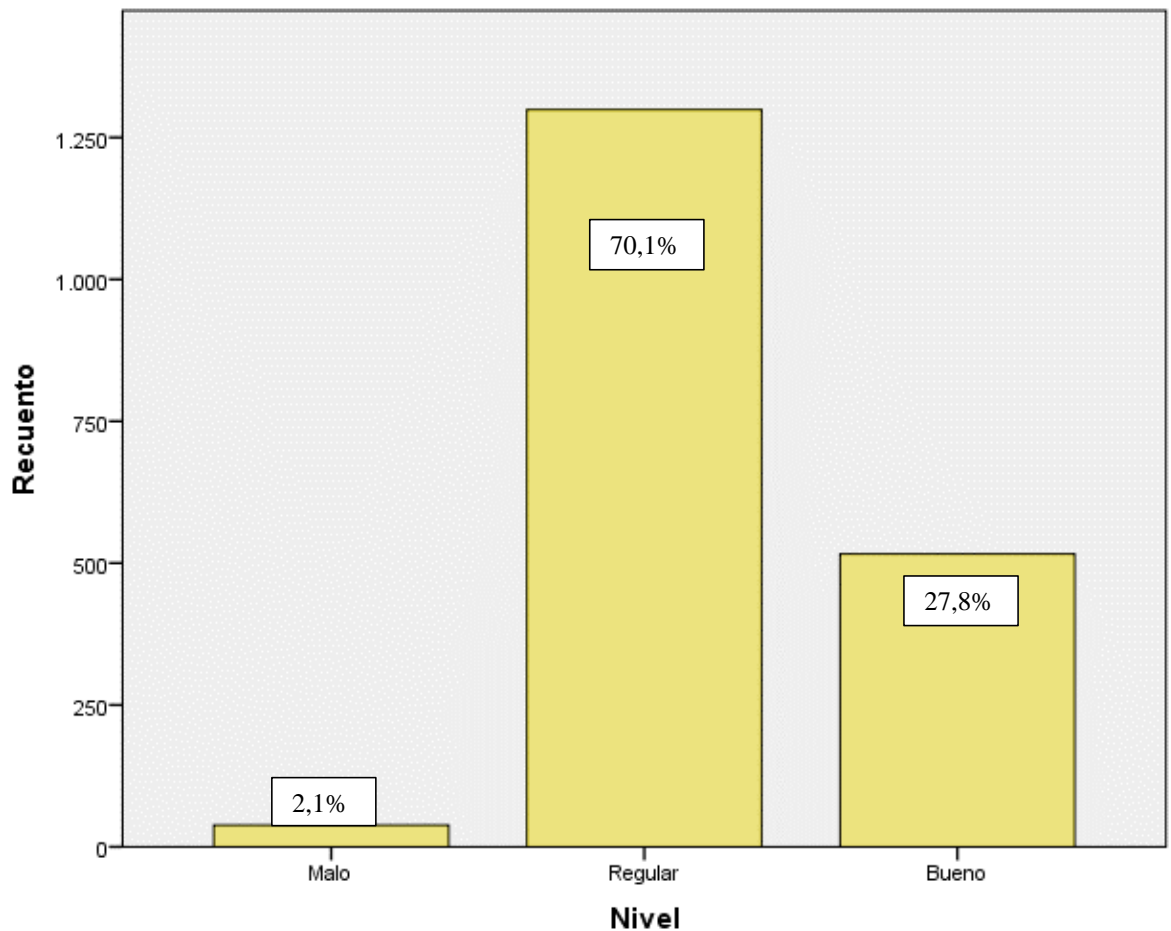


Fuente: Formulario de datos.
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico 4: Niveles del Índice HU- DBI (general y grupos de estudio).

El índice HU-DBI medio calculado con todos los participantes en el estudio oscilo entre 1 y 10 puntos con una media de 6,60 (DE=1,46) perteneciendo a un nivel “regular” de conocimiento. El 70,1% de los estudiantes (1299) reportaron niveles regulares del índice HU-DBI, y el 27,8% (516) niveles buenos. Gráfico 4.

Gráfico 4. Niveles del Índice HU- DBI (general y grupos de estudio).



Fuente: Formulario de datos.
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 3. Descriptivos de los índices según el año de estudio, procedencia, edad, carrera y sexo

Los índices medios correspondientes a los años de estudio fueron de 6,61 (DE=1,47) para los primeros años y 6,57 (DE=1,43) a los últimos años y según sexo fueron de 6,58 (DE=1,46) y de 6,67 (DE=1,47) de hombres y mujeres respectivamente. En ambos casos no se observaron diferencias significativas, sin embargo, en los índices pertenecientes a los grupos de procedencia reportaron diferencias significativas ($p=0,03$) siendo mayor el índice en aquellas personas que pertenecían a la zona urbana.

Las medias correspondientes al índice HU-DBI, reportaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,000$) considerando las carreras de estudio (Arquitectura, Ingeniería Civil, Eléctrica, Electrónica y Sistemas). La carrera de Arquitectura tiene un Índice mayor que las demás, en particular es mayor al Índice de la carrera de Ingeniería en Sistemas, 6,74 (DE=1,40) puntos frente a 6,44 (DE=1,37).

Las diferencias de índices según los rangos de edad no reportaron significancias $p = 0,068$. La media expuesta por el rango de 17 a 19 años fue de 6,69 (DE=1,41) puntos, el rango de 20 a 22 años fue de 6,56 (DE=1,48) puntos y el rango de igual o mayor a 23 años correspondió a 6,57 (DE = 1,49). Tabla 3.

Tabla 3. Descriptivos de los índices (años de estudio, procedencia, sexo, edad y carrera)

	Grupo	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	p
Años de estudio	Primeros años	1	10	6,61	1,47	0,346
	Últimos años	3	10	6,57	1,43	
Procedencia	Urbano	1	10	6,62	1,45	0,03*
	Rural	2	10	6,32	1,55	
Sexo	Hombres	1	10	6,58	1,46	0,198
	Mujeres	2	10	6,67	1,47	
Edad	17-19	2	10	6,69	1,41	0,068
	20-22	1	10	6,56	1,48	
	= >23	3	10	6,57	1,49	

Carrera	Arquitectura	1	10	6,74	1,4	0,000*
	Ing. Civil	2	10	6,55	1,54	
	Ing. Eléctrica	2	10	6,57	1,54	
	Ing. Electrónica y Telecomunicación	3	10	6,5	1,44	
	Ing. Sistemas	3	10	6,44	1,37	

Nota: * Diferencias significativas.

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 4. Descriptivos de los índices según la raza.

Los estudiantes que se consideraron mestizos, obtuvieron índices oscilantes entre 1 y 10 puntos con una media de 6,6 (DE=1,47), mientras que los participantes que se consideran de una raza diferente presentó índices HU-DBI entre 5 y 10 puntos con una media de 6,84 (DE=1,08)

Tabla 4. Estadísticos descriptivos (raza)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Índice	1827	1,00	10,00	6,5993	1,46569

N válido (por lista)	1827				
----------------------	------	--	--	--	--

a. Raza = 1,00

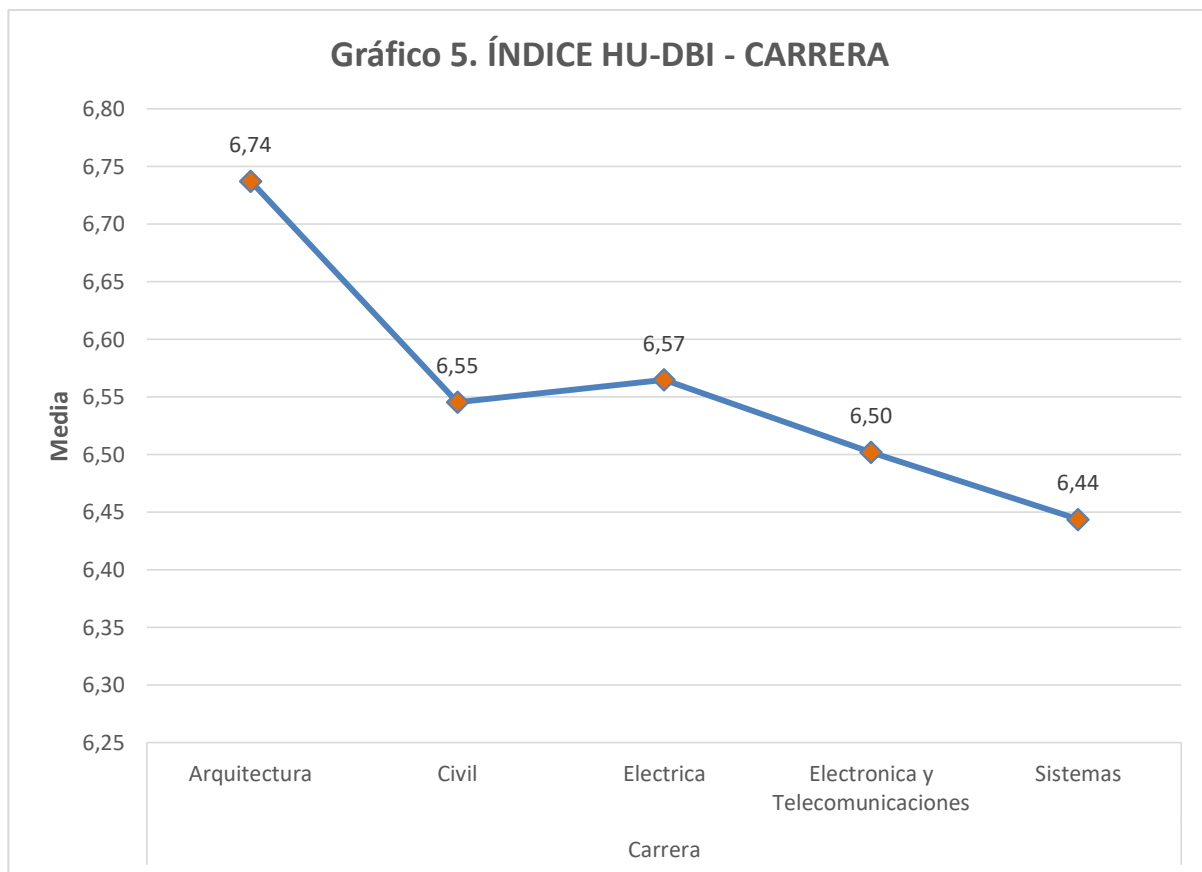
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Índice	26	5,00	10,00	6,8462	1,08415
N válido (por lista)	26				

a. Raza = 2,00

Fuente: Formulario de datos

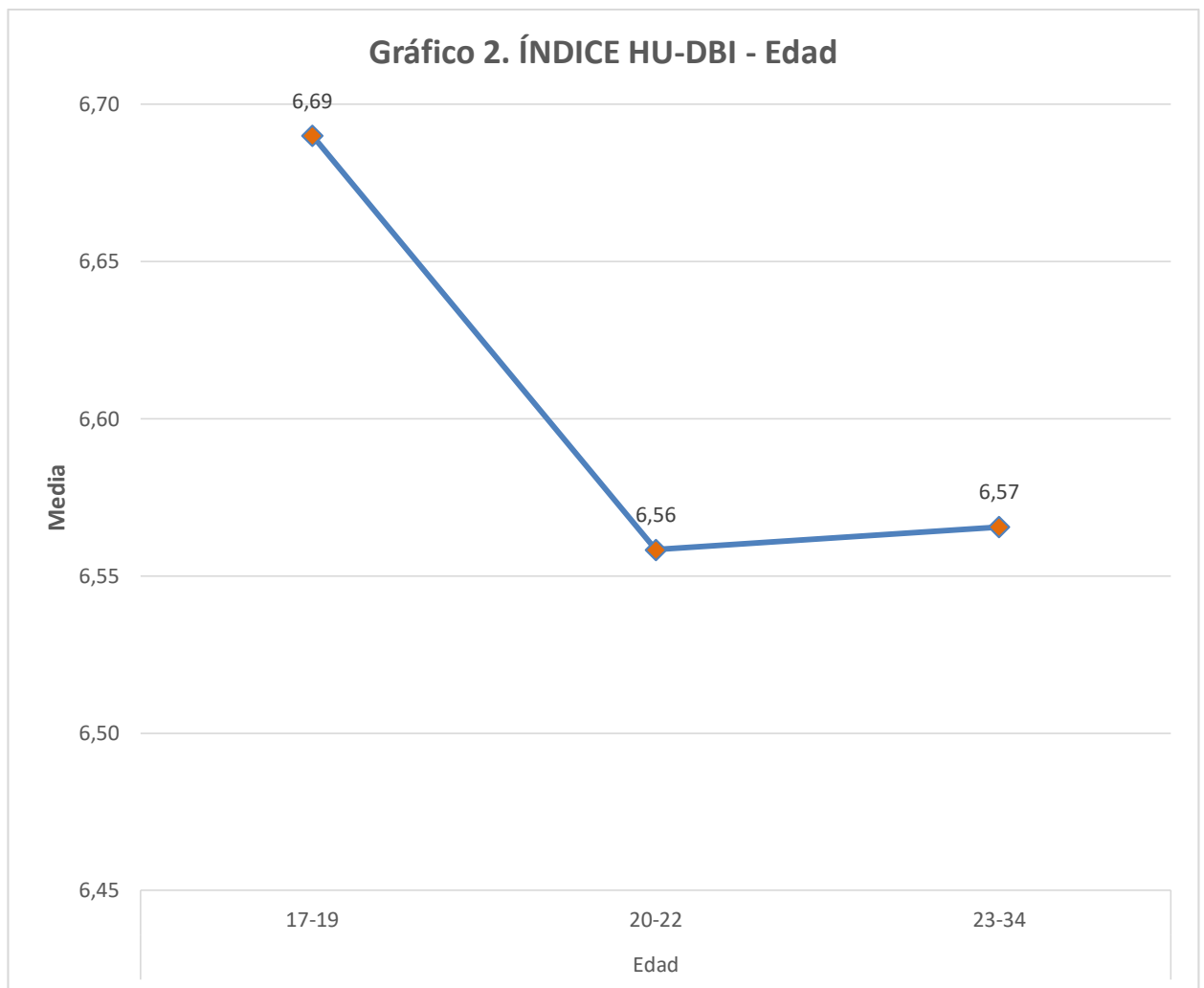
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico 5. Descriptivos de los índices según la carrera



Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Gráfico 6. Descriptivos de los índices según la edad.



Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 5. Conocimientos, Prácticas y actitudes según la carrera.

Los conocimientos, prácticas y actitudes por carrera, presentaron

diferencias significativas ($p < 0,05$) en un total de 9 ítems. *La carrera de ingeniería electrónica* presentó más respuestas positivas en: los enunciados “**2.** Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes”, “**3.** Me preocupa por el color de mis dientes”, “**12.** A menudo verifico mis dientes después de cepillarme” y “**13.** Me preocupa por tener mal aliento” que el resto de carreras, especialmente mayor a las carreras de: *Arquitectura e Ingeniería eléctrica*. Tabla 5

Por su parte la carrera de *Ingeniería en sistemas* registró más respuestas positivas en los enunciados: “**9.** Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado” “**10.** Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien”, “**19.** Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes”, especialmente comparando con las respuestas obtenidas por *Arquitectura e Ingeniería Eléctrica*. Tabla 5.

La frecuencia en la que los estudiantes de *Ingeniería Civil* mencionaron utilizar cepillos pequeños que aparentan diseño de niños (Enunciado **5.**) fue mayor que la carrera de *Ingeniería electrónica*. Finalmente, una mayor cantidad de estudiantes de *Arquitectura* (67,0%) expresan que: “**14.** Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes”, frente al 51,6% de estudiantes de la carrera de Ingeniería Eléctrica. Tabla 5.

Tabla 5. Conocimientos, Prácticas y actitudes (Carrera)

Enunciado	Carrera					p
	Carrera 1 (690)	Carrera 2 (493)	Carrera 3 (223)	Carrera 4 (251)	Carrera 5 (196)	
	%	%	%	%	%	
1. Me preocupo mucho de ir regularmente al dentista	61,0	59,0	61,4	64,1	68,9	0,162
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	71,5	77,1	81,2	84,5	80,1	0,000*
3. Me preocupo por el color de mis dientes	15,2	19,5	13,0	26,7	16,3	0,000*
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	49,6	45,8	45,3	42,6	52,6	0,162
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	93,8	95,9	88,8	87,3	95,4	0,000*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	86,7	85,8	82,5	84,5	85,7	0,622
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	63,2	63,7	59,6	58,6	69,4	0,151
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	73,8	68,8	68,6	66,9	66,3	0,107
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	32,2	44,4	41,3	41,8	50,5	0,000*
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	44,5	46,0	50,2	45,8	60,7	0,001*
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	85,8	86,2	82,5	83,3	85,7	0,619
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	15,9	21,1	25,6	29,9	24,0	0,000*
13. Me preocupo por tener mal aliento	2,2	14,2	10,3	15,1	11,7	0,000*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	67,0	61,7	51,6	56,6	61,7	0,000*
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	59,9	65,7	56,1	56,6	60,7	0,056
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	88,4	90,1	88,8	84,7	89,8	0,307
17. Uso cepillo con cerdas duras	54,1	55,2	44,8	57,4	57,7	0,040*
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	44,5	43,0	42,6	44,2	47,5	0,848
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	57,5	62,9	50,2	62,2	68,4	0,001*
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	64,5	68,4	67,3	69,7	64,8	0,479

Nota: * Diferencias significativas. Carrera 1: *Arquitectura*, Carrera 2: *Ing. Civil*, Carrera 3: *Ing. Eléctrica*, Carrera 4: *Ing. Electrónica y telecomunicaciones*, Carrera 5: *Ing. Sistemas*
Fuente: **Formulario de datos** Elaboración: **Nathaly Parra – Gabriela Saquicela**

Tabla 6. Conocimientos, Prácticas y actitudes según año de estudio

Según año de estudio se reportaron 6 diferencias significativas en las que los *primeros años* responden afirmaciones con mayor frecuencia en los ítems: “**3.** Me preocupo por el color de mis dientes”, “**12.** A menudo verifico mis dientes después de cepillarme” y “**13.** Me preocupo por tener mal aliento”. Mientras que los *últimos años* reportan afirmaciones con mayor frecuencia en los ítems: “**6.** Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"”, “**10.** Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien”, “**11.** Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes”. Tabla 6.

Tabla 6. Conocimientos, prácticas y actitudes (Años de estudio)

Enunciados	Grupo				X ²	p
	Primeros años (1373)		Últimos años (480)			
	n	%	n	%		
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	529	38,5	179	37,3	0,231	0,631
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	319	23,2	111	23,1	0,002	0,961
3. Me preocupa por el color de mis dientes	1153	84,0	371	77,2	10,885	0,001*
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	720	52,4	254	52,9	0,032	0,857
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	91	6,6	38	7,9	0,912	0,340
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano"	179	13,0	89	18,5	8,711	0,003*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	523	38,1	164	34,2	2,349	0,125
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	418	30,4	136	28,3	0,756	0,385
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	817	59,5	299	62,3	1,153	0,283
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	699	50,9	274	57,1	5,435	0,020*
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	170	12,4	105	21,9	25,362	0,000*
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	1108	80,7	352	73,3	11,548	0,001*
13. Me preocupa por tener mal aliento	1261	91,8	423	88,1	5,931	0,015*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	527	38,4	182	37,9	0,033	0,856
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	545	39,7	185	38,5	0,198	0,656
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	154	11,2	58	12,1	0,264	0,607
17. Uso cepillo con cerdas duras	643	46,8	208	43,3	1,753	0,186
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	760	55,4	275	57,3	0,542	0,462
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	562	40,9	182	37,9	1,346	0,246
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	472	34,4	147	30,6	2,251	0,134

Nota: * Diferencias significativas.

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 7. Conocimientos, Prácticas y actitudes según rango de edad.

El grupo de estudio perteneciente al rango de edad entre 20 y 22 años exhibió mayor frecuencia de respuestas positivas en el ítem: “**1.** Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista”. $p=0,004$ que los otros rangos.

El grupo de 23 años en adelante presentó con mayor frecuencia que los otros grupos respuestas afirmativas a los ítems: “**2.** Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes”, “**6.** Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)”, “**11.** Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes”, “**19.** Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes”. Tabla 7.

Finalmente, el grupo perteneciente a estudiantes de entre 17 y 19 años las prácticas y conocimientos de salud dental son mayores en los enunciados: “**12.** A menudo verifico mis dientes después de cepillarme”, “**13.** Me preocupa por tener mal aliento” y “**20.** He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien”. Tabla 7

Tabla 7. Conocimientos, prácticas y actitudes (Rangos de edad)

Proposiciones	Grupo	p
---------------	-------	---

	17-19 (613)		20-22 (1019)		23-34 (221)		
	n	%	n	%	n	%	
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	209	34,1	424	41,6	75	33,9	0,004*
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	138	22,5	214	21,0	78	35,3	0,000*
3. Me preocupa por el color de mis dientes	514	83,9	832	81,7	178	80,5	0,413
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	318	51,9	531	52,1	125	56,6	0,446
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	38	6,2	75	7,4	16	7,2	0,661
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	75	12,2	148	14,5	45	20,4	0,013*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	224	36,5	381	37,4	82	37,1	0,943
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	181	29,5	303	29,7	70	31,7	0,825
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	373	60,9	597	58,6	146	66,1	0,112
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	303	49,4	543	53,3	127	57,5	0,093
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	67	10,9	167	16,4	41	18,6	0,003*
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	515	84,0	779	76,5	166	75,1	0,001*
13. Me preocupa por tener mal aliento	579	94,5	900	88,3	205	92,7	0,000*
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	243	39,6	385	37,8	81	36,7	0,659
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	246	40,1	398	39,1	86	38,9	0,901
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	77	12,6	105	10,3	30	13,6	0,217
17. Uso cepillo con cerdas duras	287	46,8	470	46,1	94	42,5	0,539
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	331	54,0	582	57,1	122	55,2	0,460
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	259	42,3	381	37,4	104	47,1	0,013*
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	239	39,0	316	31,0	64	29,0	0,001*

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 8. Conocimientos, Prácticas y actitudes según el sexo:

En el análisis por sexo reveló que las reacciones afirmativas de las mujeres que son significativamente mayores ($p < 0,05$) a las de los hombres frente a los conocimientos prácticas y actitudes orales en: “**2.** Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes”, “**10.** Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien” y “**12.** A menudo verifico mis dientes después de cepillarme”. Por su parte los hombres.

Tabla 8.

Los hombres tienen conocimientos distintos (con mayor frecuencia) a los de las mujeres en: “**5.** Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños”, “**6.**Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano””, “**7.** Estoy preocupado por el color de mis encías”, “**8.** Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario”, y “**14**”. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes. Tabla 8

Tabla 8. Conocimientos, prácticas y actitudes (Sexo)

Enunciado	Procedencia				X ²	p
	Hombres		Mujeres			
	(1330)		(523)			
	n	%	n	%		

1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	500	37,6	208	39,8	0,753	0,385
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	288	21,7	142	27,2	6,365	0,012*
3. Me preocupa por el color de mis dientes	1082	81,4	442	84,5	2,565	0,109
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	717	53,9	257	49,1	3,426	0,064
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	104	7,8	25	4,8	5,354	0,021*
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	211	15,9	57	10,9	7,483	0,006*
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	514	38,7	173	33,1	4,989	0,026*
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	421	31,7	133	25,4	6,938	0,008*
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	786	59,1	330	63,1	2,507	0,113
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	667	50,2	306	58,5	10,516	0,001*
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	209	15,7	66	12,6	2,845	0,092
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	1016	76,4	444	84,9	16,245	0,000*
13. Me preocupa por tener mal aliento	1198	90,1	486	92,9	3,679	0,055
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	529	39,8	180	34,4	4,561	0,033*
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	528	39,7	202	38,1	0,182	0,670
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	149	11,2	63	12,1	0,263	0,608
17. Uso cepillo con cerdas duras	610	45,9	241	46,1	0,007	0,933
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	745	56,0	290	55,5	0,049	0,825
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	534	40,2	210	40,2	0,000	0,999
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	431	32,4	188	36,0	2,115	0,146

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

Tabla 9. Conocimientos, Prácticas y actitudes según la procedencia.

En el análisis se observa que no hubo diferencias significadas in ninguno

de los ítems del Índice. Tabla 9.

Tabla 9. Conocimientos, prácticas y actitudes (Procedencia)

Enunciado	Grupo	
	Urbano (1721)	Rural (132)
	%	%
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	38,4	35,6
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	23,1	25,0
3. Me preocupa por el color de mis dientes	82,0	85,6
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	52,6	52,3
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	6,9	8,3
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis al ser anciano)	14,5	14,4
7. Estoy preocupado por el color de mis encías	36,4	46,2
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	29,3	37,9
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	60,3	59,1
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	52,6	50,8
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	15,1	11,4
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	78,9	77,3
13. Me preocupa por tener mal aliento	90,4	97,7
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	37,8	43,9
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	38,7	48,5
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	11,7	7,6
17. Uso cepillo con cerdas duras	46,3	40,9
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	56,2	51,5
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	39,8	44,7
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	33,8	28,8

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar el grado de conocimiento sobre la salud oral de los estudiantes del área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca durante su formación académica y así determinar el índice HU-DBI.

En Jordania se realizó un estudio con una versión en inglés modificada del Índice (HU-DBI) que se basa en una colección de respuestas de un cuestionario de veinte elementos con preguntas como si el encuestado es fumador o si vive con su familia. La encuesta fue escrita en inglés y se distribuyó a los estudiantes de odontología de Jordania. (37)

Se han realizado varios test con el fin de determinar el grado de conocimiento sobre salud oral, como el test integral de Peterson et al. y Stenberg et al. que incluye treinta y tres preguntas que fue utilizado para evaluar conocimientos, actitudes y conductas de salud oral en niños en edad escolar en Jordania, en donde se pidió que los niños completaran sus encuestas en dos tiempos diferentes separados por siete días. (38)

Pérez E. y Rivera B. realizaron un trabajo de investigación para evaluar el nivel de conocimientos en salud bucal que poseen los estudiantes de la ciudad de Santiago. Cuya hipótesis fue que los conocimientos en salud bucal de los estudiantes son insuficientes para mantener un óptimo estado de salud oral. La muestra fue de 345 estudiantes, seleccionada aleatoriamente con un error estándar del 5%, de una población total de

3,246. El Instrumento utilizado fue una guía de cuestionario que constó de 47 preguntas. (39)

El índice HU-DBI ha demostrado que es uno de los test con mayor estándar a nivel internacional y considerado como el mejor instrumento para lograr predecir y entender las conductas y actitudes de salud oral de los pacientes. (9)

Para determinar el impacto en las diferentes carreras del área de Ciencias Técnicas, se comparó las actitudes y comportamientos de salud oral entre los estudiantes de ingeniería Civil, Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Electrónica, Ingeniería en Sistemas y Arquitectura. En este estudio se encontró diferencias en el índice HU-DBI entre las diferentes carreras; los estudiantes de arquitectura obtuvieron una media de 6.74 considerándose el más alto valor en el índice HU-DBI, los estudiantes de Ingeniería civil obtuvieron una media de 6.55, los estudiantes de Ingeniería eléctrica con una media de 6.57, los estudiantes de ingeniería electrónica con una media de 6.50, y por último los estudiantes de ingeniería en sistemas con una media de 6.44 obtuvieron el valor más bajo en el índice HU-DBI.

Jaramillo en su investigación, comparó estudiantes de la Carrera de Ingeniería Civil y estudiantes de Odontología de Medellín Colombia en 2013 con el Índice de HU-DBI mostrando diferencias significativas entre ellos. La mayoría de los estudiantes que obtuvieron puntuaciones más altas con el índice HUDBI es decir con mayor conocimiento y conciencia sobre salud oral puede deberse a un aspecto importante relacionado a las actitudes de la salud oral de los estudiantes que han adquirido mayor información. (9)

Ola B. Al-Batayneh y colaboradores, 2014, realizaron un estudio en la Universidad de Ciencia y Tecnología de Irbid, Jordán, donde compararon los conocimientos y prácticas sobre salud oral de estudiantes de diferentes carreras, obteniendo como resultado que los estudiantes de Odontología mostraron mayor conocimiento y mejores prácticas entre las disciplinas estudiadas. (40)

En este estudio en cuanto a la variable género el índice HU-DBI tiene una relación significativa. Se pudo observar que las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre la salud oral. Obteniéndose una media de 6.67 en las mujeres y una media de 6.58 en los hombres. Según las investigaciones autores mencionan que la variable género es uno de los principales factores que influyen en el conocimiento y actitudes de la salud oral, (8) este resultado está en coherencia con otros estudios reportados, ya que esta condición puede explicarse debido a que las mujeres generalmente son más estéticamente conscientes. Las mujeres estarían más interesados en acudir al dentista por lo que estarían mejor informadas sobre su salud oral. (41) A diferencia de con nuestros resultados. Khami et al. No encontró ninguna diferencia en la variable género. (42)

En cuanto a la edad existe una diferencia aunque no significativa, pero se observó que disminuye el conocimiento sobre salud oral mientras aumenta la edad de los estudiantes. Se dividió en tres grupos de edades: de 17-19 años con una media de 6.69, de 20-22 años con una media de 6.56, y de ≥ 23 años con una media de 6.57. Observándose que el grupo de menor edad tiene un mayor conocimiento sobre la salud oral, que los de un mayor rango de edad.

Se ha demostrado que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional influyen en el conocimiento de salud bucal. El estrés psicológico tiene un efecto negativo en el conocimiento de la salud oral.

(28) Investigadores demuestran que los estudiantes universitarios están bajo mucha de presión, debido a la carga horaria recibida durante los primeros años, por lo que pueden mostrar un comportamiento desfavorable en su salud oral. (43) Varios estudios han demostrado que los conocimientos de salud dental son más positivos y son mayores en tanto como el nivel de educación aumenta. (44) (41) (45)

Aparentemente el comportamiento de la salud oral y el conocimiento adquirido en su vida profesional debe ser de igual énfasis; sin embargo, existe una contradicción entre el grado de conocimiento y comportamiento en la salud oral como lo hemos demostrado en nuestro estudio. Ya que obtuvimos un índice mayor en los primeros años a comparación de los últimos años de formación universitaria.

Se obtuvieron dos grupos de estudio en relación al año que cursa los estudiantes de las diferentes facultades, siendo los estudiantes de los primeros años conformado por primer a cuarto ciclo con una media en el Índice de HUDB de 6.61 y últimos años conformado por quinto a décimo ciclo con un Índice de 6.57. Esto reafirma el interés y el grado de conocimiento de los más jóvenes sobre su salud oral. Un estudio similar usando una versión modificada del Índice HU-DBI se realizó en los estudiantes de primer año de Medicina y Odontología y esta misma prueba se realizó cuando cursaban quinto año en la Universidad de Pekín en China. Mientras que los resultados de los estudiantes de odontología de quinto año en comparación con los resultados de su primer año fueron significativos ya que aumentó su conocimiento sobre la salud oral. (46)

Otra investigación, realiza un estudio comparativo en los estudiantes de enfermería en Japón que utiliza el HU-DBI, (47) en donde afirma que la duración de la educación y el plan de estudios son factores que influyen

en los cambios de las respuestas de los estudiantes de los primeros y últimos años.

En cuanto a la procedencia se reportó diferencia significativa entre los estudiantes de procedencia rural que obtuvieron una media de 6.32 y urbana con una media de 6.62. Siendo mayor el índice en aquellas personas que pertenecen a la zona urbana.

En nuestro estudio, en la variable raza no se encontró diferencia significativa debido a que la mayoría de los estudiantes de las carreras en donde hemos aplicado el test HU-DBI son de raza mestiza por lo que no se pudo realizar una comparación.

Se encontraron diferencias significativas en cuanto al conocimiento de salud oral, en la pregunta 2 “las encías me sangran cuando me cepillo los dientes” los estudiantes de Ingeniería Electrónica obtuvieron más respuestas positivas en comparación a los estudiantes de Arquitectura. Esto indica que la mala higiene bucal conduce a signos gingivales por ejemplo la sangre. En cuanto a la pregunta 3 “me preocupo por el color de mis dientes” los estudiantes de Electrónica obtuvieron un mayor número de respuestas positivas en comparación a la Ingeniera Eléctrica.

Los estudiantes de la Carrera de Ingeniería en Sistemas obtuvieron un mayor número de respuestas positivas en la pregunta 10 “nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien”, estos estudiantes también obtuvieron más respuestas positivas en las preguntas 9 “me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado” y 19 “siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes” en comparación a los estudiantes de Arquitectura e Ingeniería Eléctrica. Al parecer estos datos

están relacionados con el resultado obtenido en el índice HU-DBI de 6.44 que fue el más bajo todas las carreras.

En cuanto a la pregunta 5 “uso un cepillo pequeño que parece diseño para niño” fue mayor en los estudiantes de Ingeniería Civil. Estudios demuestran la importancia y la conciencia que se debe tener en el momento del cepillado de los dientes. La atención al tipo de cepillo de dientes podría indicar un mejor conocimiento sobre salud oral. (8)

Los conocimientos, prácticas y actitudes en todos los estudiantes encuestados, obtuvieron un porcentaje mayor en la pregunta 13 “me preocupo por tener mal aliento”, obteniendo un resultado del 90.9% de estudiantes que respondieron sí, de la misma forma en la pregunta 3 “me preocupo por el color de mis dientes” se obtuvo un porcentaje del 82.2% de estudiantes que respondieron sí. Estos resultados nos indican que la mayoría de estudiantes del área de Ciencias Técnicas les preocupa su apariencia estética. Un estudio realizado por Mohammad Abdul Baseer, Ghousia Rahman, 2014, en Arabia Saudita, confirman estos resultados ya que la mayoría de estudiantes demostraron preocuparse por la apariencia de sus dientes, encías y mal aliento. (40)

Nuestra investigación asocia el conocimiento de la salud bucodental entre los estudiantes de las Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca. A pesar de que los estudiantes mostraron un nivel superior a la media del índice HU-DBI se debe implementar medidas eficaces para mejorar constantemente los hábitos para una buena salud oral. Sería motivador y educativo para llevar a cabo este estudio con el fin de evaluar el comportamiento de cuidado dental de los estudiantes.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- Mediante este estudio damos a conocer sobre las actitudes y conocimientos en cuanto al conocimiento de salud oral de los

estudiantes del área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca utilizando el índice HU-DBI.

- Obtuvimos como resultado total del índice un valor de 6.6, lo cual nos indica que el nivel de conocimiento es regular.
- La encuesta reveló que los estudiantes de Arquitectura obtuvieron un mayor índice en comparación con los de sistemas que obtuvo un menor Índice.
- En cuanto a la edad no hubo diferencias significativas sin embargo existe una tendencia aunque mínima de que a mayor edad disminuye el interés por la salud oral.
- Además se obtuvo un mayor índice en la zona urbana.
- Se encontró una diferencia significativa en el sexo; las mujeres mostraron una puntuación mayor de conciencia de que los hombres.

RECOMENDACIONES

- Como recomendación podemos decir que la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca debe crear e incentivar programas de aprendizaje, motivación y educación en cuanto a salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Self-reported differences between oral health attitudes of pre-clinical and clinical students at a dental teaching institute in Saudi Arabia. Imran Alam Moheet, Imran Farooq. 08 2013, The Saudi Dental Journal, Vol. 25.
2. La evolución de la salud dental de estudiantes de Odontología de la Universidad de Barcelona . Cortes FJ, Nevot C, Ramón JM, Cuenca E. 08 2002, J Dent Educ.

3. Determinants of preventive oral health behavior among senior dental students in Nigeria. Folayan MO, Khami MR, Folaranmi N, Popoola BO, Sofola OO, Ligali TO. 06 2013, BMC Oral Health.
4. Oral health knowledge and behavior among male health sciences college students in Kuwait. Jassem Al-Ansari, Eino Honkala, Sisk oHonkala. Kuwait : s.n., 05 07, 2003, BMC Oral Health.
5. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. J. Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. 09 2008, Oral Sci.
6. Dental behavioral science: The relationship between perceptions of oral health and oral status in adults. M, Kawamura. 12 1988, J. Hiroshima Univ. Dent.
7. A comparative study of Oral Health Attitudes and Behaviour using the Hiroshima University- Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. Takashi K, Stella Y , De-Yu H , Kyoko K, Hisako S, Makoto K. 2005, Journal of Oral Science, Vol. 47.
8. The relationship between dental health behavior, oral hygiene and gingival status of dental students in the United Arab Emirates. Rahman B, Al Kawas S. 01 2013, Eur. J. Dent., Vol. 7.
9. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University - Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. Jaramillo Jorge A., Jaramillo Fredy et. a. Colombia : s.n., 03 2013, Journal of Oral Science, Vol. 55.
10. La caries, gingivitis, periodontitis y la maloclusión siguen siendo las afecciones estomatológicas más frecuentes en la población. Lucio López Martínez¹, María del Carmen Gracia Cortés², Alejandra Wendoly Hernández Rodríguez¹, Efraín Mejuyael Sánchez Sierra³, María Argelia López Luna, Sergio Hugo Sánchez Rodríguez. 4:2, 2013, iMed Pub Journals, Vol. 9.
11. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. Jorge Eduardo Tascón, Gustavo Alonso Cabrera. 2, Valle del Cauca : Corporación editora Médica del Valle, 06 2005, ColombMed, Vol. 36.
12. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las Patologías Bucales. Secretaría de Salud. Medellín : s.n., 09 2012.
13. Quality of Life Related to Oral Health in Subjects 14 Years or Older. . Josefina Aubert, Sergio Sánchez, René Castro, María José Monsalves,

Paulina Castillo & Patricia Moya. 1, Chile : s.n., 04 2014, Int. J. Odontostomat, Vol. 8.

14. Prevention in practice – a summary. Stephen Birch, Colette Bridgman, Paul Brocklehurst, Roger Ellwood, Juliana Gomez, Michael Helgeson, Amid Ismail, Richard Macey, Angelo Mariotti, Svante Twetman, Philip M Preshaw, Iain A Pretty, Helen Whelton. , South Africa : s.n., 09 15, 2015, BMC Oral Health.

15. Practice of preventive dentistry for nursing staff in primary care. Jiménez-Báez, María Valeria, et al. 3, 09 2014, Colombia Médica, Vol. 45.

16. Adolescents perception of oral health. Cléa A. Saliba-Garbin, Artênio J. Isper-Garbin, Renato Moreira-Arcieri, Nemre A Saliba y Patricia E. Gonçalves. 2, Brasil : s.n., 02 09, 2009, Rev. salud pública, Vol. 11.

17. Education for oral health in early years of life. Borges, MsC. Grethel Cisneros Domínguez 1 y MsC. Yadira Hernández. 10, Santiago de Cuba : s.n., 10 2011, Medisan, Vol. 15.

18. Assessment of oral health attitudes and behavior among undergraduate dental students using Hiroshima University Dental Behavioral Inventory HU-DBI. Swathi Vangipuram, R Rekha, G Radha, SK Pallavi. 1, Bangalore, Karnataka, India : s.n., 2015, Indian Association of public Health Dentistry, Vol. 13, pp. 52-57.

19. Bioquímica de la caries dental. Daniel Pedro Núñez, Lic. Lourdes García Bacallao. 2, La Habana : s.n., 06 2010, Revista Habanera de Ciencias Médicas, Vol. 9.

20. Enfermedad periodontal y disfunción endotelial. Lahera, Dr. Vicente. 1, Madrid : s.n., 02 04, 2013, Revista Colombiana de Cardiología, Vol. 20.

21. Invasive Infections of Aggregatibacter (Actinobacillus) Actinomycetemcomitans. Cheng-Yi Wang, Hui-Chih Wang , Jang-Ming Li , Jen-Yu Wang , Kai-Chien Yang, Yi-Kwun Ho, Pei-Ying Lin, Li-Na Lee, Chong-Jen Yu, Pan-Chyr Yang, Po-Ren Hsueh. 6, 12 2010, Journal of Microbiology, Immunology and Infection, Vol. 43, pp. 491-497.

22. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. Tomar SL, Asma S. 5, United States : s.n., 05 2010, US National Library of Medicine National Institutes of Health , Vol. 71.

23. La dieta y su relevancia en la caries dental y la enfermedad periodontal. García Roco, Dra. Maheli Más Sarabia; Dra. Mercedes Gómez Meriño; Dr. Oscar. Camaguey : s.n., 2005.

24. Variación del pH salival por consumo de chocolate y su relación con el IHO en adolescentes. Aguilar*, Antonio Armando Aguirre. 41, 06 2012, Medigraphic.

25. CÁLCULO DENTAL UNA REVISIÓN DE LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UNA CONDICIÓN INUSUAL. Conrado, Antonio José Díaz Caballero* María Angélica Fonseca Ricaurte** Carlos Ernesto Parra. 3, Cartagena : s.n., 07 22, 2011, Acta Odontológica Venezolana, Vol. 49.
26. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. Corchuelo, Jairo. 4, Cali : s.n., 12 2012, Colombia Médica, Vol. 42.
27. Diagnóstico y Tratamiento en Halitosis. Fernández Esquivel, Manuel Rodolfo. 2, Costa Rica : s.n., 2009, Revista Científica Odontológica, Vol. 5.
28. Effects of academic stress on oral hygiene – a potential link between stress and plaque-associated disease? Renate Deinzer. 5, Düsseldorf, Germany : s.n., 05 2001, Journal of Clinical Periodontology, Vol. 28, pp. 459-464.
29. Profile and competences for the graduating European. J. Cowpe, A. Plasschaert, W. Harzer, H. Vinkka-Puhakka and A. D. Walmsley. Birmingham : s.n., 09 22, 2009, European Journal of Dental Education.
30. Oral health behavior and its determinants in a group of Iranian students. Hossain Neamatollahi, Masoumeh Ebrahimi. 1, Iran : s.n., 10 20, 2009, Indian Journal of Dental Research, Vol. 21, pp. 84-88.
31. Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías. Grupo de Científicos de la OMS. Ginebra : s.n., Organización Mundial de la Salud.
32. "Sonríe con salud". Dra. Rosa María González Ramos, Dra. María Isabel Ventura Hernández, Dr. Jorge Raúl Valdivié Provance, Lic. Cecil Regla Serrano Álvarez. 3, La Habana : s.n., 09 2014, Revista Cubana de Estomatología, Vol. 51.
33. Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana . Dr. Luis Rolando Fernández Vega, I Dra. Ligia Beatriz Barrueco Botiel, Dra. Lizel Díaz del Mazo, Dra. Iraidá Rosales Torres y Dra. Yelennis Barzaga Domínguez. 8, Santiago de Cuba : s.n., 08 2014, MEDISAN, Vol. 18.
34. Oral health in adolescence. Dra. Bárbara Olaydis Hechavarria Martínez, Dra. Sucel Venzant Zulueta, Mireya de la Caridad Carbonell Ramírez y Dra. Cristina Carbonell Gonsalves. Santiago de Cuba : s.n., 01 2013, MEDISAN.
35. Effect of Dental Education on Peruvian Dental Students' Oral Health-Related Attitudes and Behavior. Manuel Sato, D.D.S., Javier Camino,

D.D.S. and Harumi Rodriguez Oyakawa, D.D.S. Peru : s.n., 09 2013, Journal of Dental Education.

36. Self Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey. Dogana, Sinem Yildiza and Basak. 3, Turkey : s.n., 07 2011, European Journal of Dentistry, Vol. 5.

37. Gender-specific oral health attitudes and behavior among dental students in Jordan. Al-Omari QD, Hamasha AA. 02 15, 2005, PubMed.gov.

38. February 2006 ■ Diario de Educación Dental 179 Oal Salud Actitudes, Conocimiento, y Behavior entre ScLos ni Hoolenen el norte de JoDan. Mahmoud K. Al-Omiri, BD.S., Ph.D., FDS RCS (Esp.), Jor jabalíre, Ahed M. Al-Wahadni, BD.S., MD.sc., Ph.D . and Khaled Saeed N., BD.S., M.Sc. 2006, Journal of Dental Education .

39. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Que Posee La Población Universitaria De La UEES En Relación A La Salud Bucal. . e., Pérez. El salvador : s.n., 2005.

40. Oral health attitudes and behavior among a group of female Saudi dental students. Mohammad Abdul Baseer, Ghousia Rahman. 1, Saudi Arabia : s.n., 2014, Saudi Journal of Oral Sciences, Vol. 1, pp. 25-29.

41. Cross-cultural differences of self-reported oral health behaviour in Japanese and Finnish dental students. Kawamura M, Honkala E, Widström E, Komabayashi T. 1, Finland : s.n., 02 2000, US National Library of Medicine National Institutes of Health , Vol. 50, pp. 46-50.

42. An assessment of oral self-care level among Japanese dental hygiene students and general nursing students using the Hiroshima University--Dental Behavioural Inventory (HU-DBI). Kawamura M, Ikeda-Nakaoka Y, Sasahara H. 2, Japan : s.n., 05 2000, U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health, Vol. 4.

43. Major differences in oral health knowledge and behavior in a group of Iranian pre-university students: a cross-sectional study. Hossain Neamatollahi, Masoumeh Ebrahimi, Maryam Talebi, Mana H. Ardabili. Iran : s.n., 03 7, 2011, Journal of Oral Science.

44. Differences in self-reported oral health behavior between dental students and dental technology/dental hygiene students in Jordan. Al-Wahadni AM, Al-Omiri MK, Kawamura M. 3, Jordan : s.n., 09 2004, US National Library of Medicine National Institutes of Health , Vol. 46.

45. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Dental Students in Bangalore, India. Neeraja R, Kayalvizhi G, Sangeetha P. Bangalore : s.n., 04 2011, US National Library of Medicine National Institutes of Health.

46. Oral Health Knowledge and Practices among Diverse University Students with Access to Free Dental Care: A Cross-Sectional Study. Ola B. Al-Batayneh, Arwa I. Owais, Yousef S. Khader. 3, Jordan : s.n., 03 12, 2014, Open Journal of Stomatology, Vol. 4.

47. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behaviour. Rong WS, Wang WJ, Yip HK. 3, Peking : s.n., 2006 08, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Vol. 10.

ANEXOS

ANEXO A. VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el año de nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Numérica 18-21 22-25 26- 30

	del cuestionario			
Sexo	Características fenotípicas que diferencian hombres de mujeres	Características fenotípicas	Hombre Mujer	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de residencia durante los últimos 5 años	Lugar con disposición geográfica de organización viviendas, servicios	Urbano Rural	Si reside en una ciudad o reside en el campo
Año que cursa	Año que cursa en la facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	Año que cursa en la facultad de Ciencias Económicas y Administrativas	Año de carrera matriculado	Numérica Primero Segundo Tercer Cuarto Quinto
Nivel de conocimiento en salud oral	Es la medida de estudiantes de responder a los aprendizajes sobre conceptos de salud bucal aprendidos de manera tácita en la carrera	Conocimiento sobre frecuencia de visita al odontólogo, sangrado al cepillado, factores que cambian color de dientes, de placa y cálculos, de necesidades protésicas, coloración gingival, frecuencia de cepillado, sobre dentífricos, sobre halitosis, sobre instrumentos de HO	Encuesta de salud basada en HU-BDI	Ordinal Bueno (8-10) Regular (4-7) Malo (0-3).
Nivel de conducta sobre salud oral	Medida de la actividad humana que se manifiesta en respuesta a un estímulo, son reacciones aprendidas mediante estereotipos de la cultura y en respuesta a la educación y que es modificada	Tener una Medida inadecuada de cepillo de dientes, realizar un cepillado minucioso y cuidadoso, tener una técnica recomendada por un profesional, preocupación del estado de los dientes luego del cepillado, dolor como consulta principal de odontología, uso de revelador como	Encuesta de salud basada en HU-BDI	Ordinal Bueno (8-10) Regular (4-7) Malo (0-3)

	continuamente por la información motivación	control individual de placa, uso del cepillo con calidad adecuada, tiempo de cepillado, motivación del profesional sobre salud oral		
Raza	Grupos en que se subdividen algunas especies biológicas, a partir de una serie de características que se transmiten por herencia genética	Grupos genéticos inferidos	Autodefinición	Blanco Negro Mestizo Mulato Indígena
Facultad	Centro docente donde se impacten estudios superiores en alguna materia	Nominal	Clasificación	Arquitectura Ingeniería en Sistemas Ingeniería Electrónica Ingeniería Eléctrica Ingeniería Civil.

ANEXO B. TEST HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY (HU-DBI)

Formulario

Nombre:

Años cumplidos	
Género	Masculino () Femenino ()
Raza	Blanco() Mestizo() Indígena () Mulato ()
Procedencia	Urbano () Rural ()
Estado Civil	Soltero () Casado() Divorciado () Viudo()

Año que cursa	Primero() Segundo () Tercero() Cuarto () Quinto ()
----------------------	--

1	¿Yo no me preocupo mucho de ir regularmente al dentista?	Si ()	No ()
2	¿Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes?	Si ()	No ()
3	¿Me preocupa el color de mis dientes?	Si ()	No ()
4	¿Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancos en mis dientes?	Si ()	No ()
5	Uso un cepillo pequeño que parece un diseño para niños	Si ()	No ()
6	¿Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar usar prótesis al ser anciano"?	Si ()	No ()
7	Estoy preocupado por el color de mis encías	Si ()	No ()
8	Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	Si ()	No ()
9	Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	Si ()	No ()
10	Nunca me han enseñado profesionalmente cómo cepillarse bien	Si ()	No ()

11	Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	Si ()	No ()
12	A menudo verifico mis dientes en un espejo después de cepillarme	Si ()	No ()
13	Me preocupo por tener mal aliento	Si ()	No ()
14	Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con cepillado de dientes	Si ()	No ()
15	Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	Si ()	No ()
16	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	Si ()	No ()
17	Uso cepillos con cerdas duras	Si ()	No ()
18	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	Si ()	No ()
19	Siento que a veces me tomo mucho tiempo lavarme los dientes	Si ()	No ()
20	He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	Si ()	No ()

ANEXO C.

DESCRIPTIVO DE ÍNDICES

		Índice		Desviación estándar
Grupo		Mínimo	Máximo	
CARRERA	Arquitectura	1,00	10,00	6,74
	Civil	2,00	10,00	6,55
	Eléctrica	2,00	10,00	6,57

	Electrónica y Telecomunicaciones Sistemas	3,00	10,00	6,50	1,44
		3,00	10,00	6,44	1,37
SEXO	Hombres	1,00	10,00	6,58	1,46
	Mujeres	2,00	10,00	6,67	1,47
PROCEDENCIA	URBANO	1,00	10,00	6,62	1,45
	RURAL	2,00	10,00	6,32	1,55
Año	Primeros años	1,00	10,00	6,61	1,47
	Últimos años	3,00	10,00	6,57	1,43
Edad	17-19	2,00	10,00	6,69	1,41
	20-22	1,00	10,00	6,56	1,48
	23-34	3,00	10,00	6,57	1,49

Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

ANEXO D.

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES FACULTADES: ARQUITECTURA E INGENIERÍA

Enunciado	n	%
1. Me preocupa mucho de ir regularmente al dentista	708	38,2%
2. Las encías me sangran cuando me cepillo los dientes	430	23,2%
3. Me preocupa por el color de mis dientes	1524	82,2%
4. Me he dado cuenta de algunos depósitos de placa o sarro en mis dientes	974	52,6%
5. Uso un cepillo pequeño que parece diseño para niños	129	7,0%
6. Estás de acuerdo con esta frase "No se puede evitar prótesis	268	14,5%

al ser anciano)

7. Estoy preocupado por el color de mis encías	687	37,1%
8. Creo que mis dientes están empeorando a pesar de mi cepillado diario	554	29,9%
9. Me cepillo cada uno de mis dientes con mucho cuidado	1116	60,2%
10. Nunca me han enseñado profesionalmente como cepillarme bien	973	52,5%
11. Creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes	275	14,8%
12. A menudo verifico mis dientes después de cepillarme	1460	78,8%
13. Me preocupo por tener mal aliento	1684	90,9%
14. Es imposible evitar la enfermedad de las encías únicamente con el cepillado de los dientes	709	38,3%
15. Solo el dolor de dientes es lo que me hace ir al dentista	730	39,4%
16. He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	212	11,4%
17. Uso cepillo con cerdas duras	851	45,9%
18. Siento limpios mis dientes solo si es que los cepillo enérgicamente	1035	55,9%
19. Siento que a veces me toma mucho tiempo lavarme los dientes	744	40,2%
20. He oído decir a mi dentista que me cepillo muy bien	619	33,4%

Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Nathaly Parra – Gabriela Saquicela

ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Título: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral con el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory en el Área de Ciencias Técnicas, que incluye las carreras de: Ingeniería en Sistemas, Electrónica, Eléctrica, Civil y Arquitectura del ciclo marzo – julio 2016 de la Universidad de Cuenca.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre salud oral de los estudiantes del Área de Ciencias Técnicas de la Universidad de Cuenca, durante el periodo marzo- julio del 2016.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuenca, ____ de _____, _____

Mi nombre: _____, estudiante matriculado en _____ ciclo de la Facultad _____, de la Universidad de Cuenca del año.

Es un estudio sobre conductas en salud oral, test diseñado para estudiantes y aplicado en varios idiomas y países del mundo; el nombre es Hiroshima University Dental Behavior Inventory que servirá para determinar diferencias en actitudes y conductas sobre salud oral en las diferentes carreras del Área de Ciencias Técnicas, en los estudiantes de la Universidad de Cuenca, se llena un formulario con preguntas de Si o No, el test toma entre 10 a 15 minutos en llenarse cómodamente, para información el correo electrónico es *mariagabrielasaquicela@hotmail.com* Luego de la explicación de los estudiantes de Odontología autores de esta tesis, entiendo y acepto participar en este estudio, libre y voluntariamente, aceptando que la información es confidencial y será única y exclusivamente para cumplir con los objetivos de esta investigación, no tiene ningún riesgo en mi integridad física, moral o médica.

Para constancia firmo: _____, C.i

ANEXO F. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTAS DE LA FACULTAD DE ARQUITECTURA

Cuenca, 3 de marzo de 2016

Señor Arquitecto.

Fernando Pauta.

DECANO DE LA FACULTAD DE ARQUITECTURA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Su despacho.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, Nathaly Fernanda Parra Solano con C.I. 0105729206, y María Gabriela Saquicela Pulla con C.I. 0104287636, estudiantes del último año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, solicitamos a usted muy comedidamente nos confiera el permiso de poder realizar una encuesta a las y los estudiantes de su facultad, como parte de nuestro Trabajo de Titulación "CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL INDICE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY HUDBI EN EL ÁREA DE CIENCIAS TÉCNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA"; trabajo que es parte de una investigación más amplia a nivel de la Universidad de Cuenca, de la que el Dr. Fabricio Lafebre está a cargo, por lo que solicitamos también nos facilite el listado de alumnos matriculados en el año 2016.


Por la favorable acogida que dé a la presente, le anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente.


Nathaly Fernanda Parra
0105729206


María Gabriela Saquicela
0104287636

*En Director de la Facultad de Arquitectura
Por favor inscriba de este asunto.*


7/03/2016



*Recibido 03/03/2016
15:30
Humberto*

*SE AUTORIZA Y
RESUELVE RE UN
ENCUESTA.*

7/03/16

ANEXO F. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTAS DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA

RECIBIDO 9 2 10 2016

Cuenca, 3 de marzo de 2016

Señor Ingeniero.

Julver Pino.

DECANO DE LA FACULTAD DE INGENIERIA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Su despacho.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras, Nathaly Fernanda Parra Solano con C.I. 0105729206, y María Gabriela Saquicela Pulla con C.I. 0104287636, estudiantes del último año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, solicitamos a usted muy comedidamente nos confiera el permiso de poder realizar una encuesta a las y los estudiantes de su facultad, como parte de nuestro Trabajo de Titulación "CONOCIMIENTO, APTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL CON EL INDICE HIROSHIMA UNIVERSITY DENTAL BEHAVIOR INVENTORY HUDBI EN EL ÁREA DE CIENCIAS TÉCNICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA"; trabajo que es parte de una investigación más amplia a nivel de la Universidad de Cuenca, de la que el Dr. Fabricio Lafebre está a cargo, por lo que solicitamos también nos facilite el listado de alumnos matriculados en el año 2016.

Por la favorable acogida que dé a la presente, le anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente.

Nathaly Fernanda Parra

0105729206

María Gabriela Saquicela

0104287636